



Entrevista sobre asma

ANO LETIVO _____

Estudante	Telefone (pai, mãe e/ou responsável)
Data de nascimento Série	
Pneumologista	Telefone (pai, mãe e/ou responsável)
Telefone Última consulta	Contato de emergência Telefone
Histórico pertinente, incluindo hospitalização.	<input type="checkbox"/> MaineCare <input type="checkbox"/> Plano de saúde privado <input type="checkbox"/> Informações sobre necessidades

Atividades depois da escola	Idade de início dos sintomas	Apresentação mais recente dos sintomas	Outros problemas médicos
Estímulos conhecidos <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Fumaça <input type="checkbox"/> Odores fortes <input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Atividade física		Alergias: <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cão <input type="checkbox"/> Poeira <input type="checkbox"/> Mofo <input type="checkbox"/> Pólen <input type="checkbox"/> Alimentos: Outro(a):	

Responda às seguintes perguntas relacionadas à asma.

Nos últimos 12 meses, com que frequência a criança: _ Foi ao pronto-socorro e/ou atendimento de urgência _ Passou por hospitalização _ Usou esteroides orais _ Faltou à escola	Nas últimas 4 semanas, com que frequência a criança: _ Tossiu, teve chiado no peito ou dificuldade para respirar _ Usou uma bombinha de resgate _ Acordou à noite por causa da asma _ Teve as suas atividades típicas interrompidas
--	---

Lembre-se de listar os medicamentos diários e de emergência no Formulário Anual de Saúde.

Descreva quaisquer considerações necessárias durante o dia letivo.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atletismo e/ou educação física | <input type="checkbox"/> Sala de aula |
| <input type="checkbox"/> Recreio | <input type="checkbox"/> Ônibus e/ou transporte |

Compartilhe as suas metas para a saúde e assistência necessária.

Ao assinar abaixo, permito que a enfermaria compartilhe os dados médicos da criança com o pessoal apropriado dentro da escola ou com a equipe médica a fim de manter a segurança contínua da criança na escola.

Pai, mãe e/ou responsável _____ Data _____

Em caso de emergência, se os contatos de emergência não forem encontrados, entraremos em contato com o consultório médico para obter assistência e, se necessário, ligaremos para 911 (serviços de emergência).